Helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

“Gjør det så enkelt som mulig”

Tipshefte om Individuell plan

IS-1544

Helsedirektoratet

Heftets tittel: ”Gjør det så enkelt som mulig”

Tipshefte om Individuell plan

Utgitt: 04/2008

Bestillingsnummer: IS-1544
ISBN 978-82-8081-102-8

Utgitt av: Helsedirektoratet
Postadresse: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgaten 2, Oslo

Forfattere og bidragsytere: Artikkel 1: en far som vil være anonym
artikkel 2,3 og 4: Birgit Røe Mathisen frilansjournalist
artikkel 5 og 6: redaksjonen
artikkel 7: www.helsedialog.no
artikkel 8,9,10 og 11: Birgit Røe Mathisen
artikkel 12: Torild Bakke, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Redaksjonskomité: Følgende avdelinger i Sosial- og helsedirektoratet: Rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger, Psykisk helse, Kommunale velferdstjenester, Rusmidler, Fysisk aktivitet, Sykehustjenester
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Helse Sør-Øst RHF
Sosial- og helsedirektoratet skiftet navn til Helsedirektoratet 1.4.08

Redaktør: Tone Killingmo, Helsedirektoratet

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no

Telefon: 24 16 34 92
Telefaks: 24 16 33 69

Foto: Torbjørn Grønning, fotojournalist, Truls Brekke, fotograf

Produksjon: www.kursiv.no

Litteratur

Ellingsen Aune I-K: Evaluering av ”Best på tvers”. Et kompetanseprogram for utvikling og implementering av ansvarsgrupper og individuell plan. Høgskolen i Sør-Trøndelag rapport nr. 6-2006. Tapir akademisk forlag, Trondheim 2006.

Gundersen, T, K-G Hem: Individuelle planer gir tilfredse brukere. Rehabiliteringsmagasinet BRIS 2/2005, s. 53-56.

Hansen, G. V: Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktoravhandling Karlstad University Studies, 2007:15, Karlstad.

Thommesen H, T Normann, JT Sandvin: Individuell plan. Et sesam, sesam? Kommuneforlaget 2006, 2. opplag, Oslo.

Innhold

Forord	5
En far forteller	7
Får være mor	10
Veien tilbake etter slaget	13
Veien til et rusfritt liv	16
Tro og livssyn er viktige elementer i Synnøves liv og plan	20
Veien til en lettere hverdag	22
Historien om en rehabilitering	26
Hjelper innsatte med ny kurs	29
Kan gi enklere overgang etter soning	32
Klarere ansvar og sterkere medvirkning	35
Samarbeidet er det viktigste	38
Veien til individuell plan – samarbeid gir resultater!	40
Flere nyttige tips	42
Litteratur	43

Forord:

Forskrift om individuell plan er et virkemiddel for å oppnå koordinerte tjenester tilpasset individuelle behov.

Alle som antas å ha nytte av individuell plan (IP) får, dessverre, ikke denne rettigheten. Dette er dokumentert i kartlegginger og tilsynsrapporter. Undersøkelser viser at de som har fått en IP som er i regelmessig bruk, er mer fornøyd med tjenestetilbudet enn de som ikke har en IP. De som har fått en IP som ikke er i bruk, er mest misfornøyd med tjenestetilbudet. For å oppfylle intensjonene med forskriften skal planen utformes i samarbeid med tjenestemottaker, og den skal evalueres regelmessig slik at endringer i behov fanges opp.

Dette tipsheftet viser eksempler på hvordan utvikling av individuell plan kan medvirke til økt mestring av livet og gi nødvendig bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet.

Eksemplene gjelder personer i forskjellige livssituasjoner, men viser noen felles viktige trekk:

- Individuell plan er brukers plan – start med noen få realistiske mål som brukeren ønsker å nå
- Lag enkle plandokumenter
- Avklar hvem som er hovedansvarlig tjenesteyter (ofte kalt koordinator)
- Avtal evaluering

Les tipsheftet og direktoratets veileder Individuell plan 2007! Lykke til med å delta i flere individuelle planprosesser!

Helsedirektoratet, april 2008

Bjørn-Inge Larsen
helsedirektør

En far forteller

Denne historien handler om min eldste sønn. Han er nå 48 år gammel. Hans første innleggelse for akutt psykose skjedde i 1983. I årene som fulgte gikk han ut og inn av psykiske institusjoner i Norge – en typisk svingdørpasient.

Etter et par år var diagnosen klar: Han led av schizofreni. Det gikk 10 år før han fikk sykdomsinnsikt nok til å innrømme at han hadde en psykisk sykdom. Fra da av tok han den medisinen som ble foreskrevet, men medisinen tok ikke knekken på den fryktelige angsten han led av. Det gikk nå lengre tid mellom innleggelsene – men han fortsatte å være svingdørpasient.

Han er et ressurssterkt og begavet menneske

Til tross for sykdommen sin fullførte han sitt studium ved Universitetet i Oslo. Men – han kom aldri i arbeid. Angsten (og sykdommen) hindret ham i dette. Løsningen ble uføretrygd. Han er ungkar. Angsten (og sykdommen) har hindret ham i å få oppfylt sine lengsler og drømmer også på dette feltet. Han har fått høre hele tiden: ”Du har en kronisk sykdom. Pass på å ta medisinene dine”.

Ingen (unntatt foreldrene hans) har støttet ham positivt ved å gi ham håp og tro på en bedre fremtid. Han har blitt foret med medisiner og milde, velmente klapp på skulderen.

Hvor kommer så suksesshistorien inn i bildet? Som pårørende må jeg hoppe over mye frustrasjon og mange skuffelser for å komme dit. Men her kommer det som kan benevnes som en suksesshistorie: Han har i perioder bodd i kommunal leilighet, men det har ikke gått bra. Angsten (og følelsen av isolasjon/ensomhet) førte til ganske hyppige innleggelser.

Vendepunktet kom for to år siden. Da fikk han egen leilighet i et kommunalt bofellesskap. Der bor han fremdeles. Denne boligen er bemannet nesten hele døgnet. Og helsepersonellet her har den rette innstillingen. De ser brukerne. De er til stede for brukerne. De er gode samtalepartnere når det behøves. De går tur med brukerne. De foretar utflukter med brukerne. De lager felleskos på lørdagskveldene. Personal er på post til kl. 22.00 og starter kl. 08.00 om morgenen. De inngir trygghet ved å være til stede.

Min sønn fikk et nytt liv den dagen da han flyttet inn. Tryggere rammer ga mindre angst enn før. Fremdeles måtte han av og til ha et kort opphold på en psykiatrisk institusjon, men det gikk lang tid mellom innleggelsene. Som vi ser: Det skjedde gode (og lett forklarlige) fremskritt, men hvor blir det av suksesshistorien? Hold dere fast, den kommer nå – og det er ikke helsevesenets fortjeneste at min sønn i dag fremstår som angstfri og tilnærmet frisk.

Illustrasjonsfoto

"Ikke et vettugt ord i denne planen"

Som far har jeg med regelmessige mellomrom spurt min sønn om han har individuell plan.

I en lang periode var svaret nei – han kjente ingen som hadde hatt noen nytte av å få individuell plan. Men for et års tid siden svarte han overraskende nok "ja" på mitt spørsmål. Han hadde fått individuell plan. Jeg spurte om jeg kunne få se denne planen. Vi har et meget godt forhold til hverandre. Da jeg fikk se planen, brast jeg i en slags latter.

"Hva ler du av?" spurte min sønn. Jeg sa: "Er dette virkelig *din* plan?".

"Nei", sa han.

Det var ikke hans plan. Det var personalet som – i beste mening – syntes at han burde ha en individuell plan, og som hadde laget den for ham. Det sto ikke et vettugt ord i denne planen.

Hovedinnholdet var at han måtte passe på å ta medisinene sine, og at han måtte ha som mål å holde leiligheten sin ren og pen. Latterlig! Gjennom mitt engasjement i Mental Helse har jeg kommet over spredte eksempler på gode individuelle planer. Derfor sa jeg til min sønn:

"Vil du at jeg skal hjelpe deg med å sette opp en så god plan som mulig"? Dette tilbudet ble han glad for. Vi satte i gang. Jeg sa:

"Hva er hovedmålet ditt?". Han svarte: "Å bli frisk". Den nye teksten under rubrikken" "Hovedmål" i hans individuelle plan ble altså: "Å bli frisk".

"Det trenger ikke å stå stort mer i planen din", sa jeg, men du bør vel føre opp noen delmål også." Det ble gjort. Gjett hvilke!

Med god drahjelp fra undertegnede ble det så innkalt til ansvarsgruppemøte på

fastlegens kontor. Det ble et godt møte, hvor det ble fokusert direkte på tilfriskning. Et konkret resultat av dette møtet og den nye individuelle planen var at fastlegen sørget for at min sønn fikk møte til kognitiv terapi hos en spesialutdannet fagperson. Et annet resultat var at det ble lagt opp en ny plan for medisinering, med sikte på å begrense min sønns bruk av valium og sovemedisiner. Et tredje resultat var at fastlegen søkte om plass for min sønn på røykeavvenningsopplegg ved et nærliggende sykehus, noe som også gikk i orden.

Det er ikke gått stort mer enn ett år siden min sønn fikk individuell plan. Hva har denne planen så bevirket? Jo – som pårørende kjenner vi jo nesten ikke sønnen vår igjen. Den kognitive terapien har vært en suksess. Nå har han sjelden angst – og han har lært seg å leve med den angsten han fremdeles har. Han tappes ikke lenger for krefter døgnet rundt i kamp med angst. Han har fått et nytt liv. Hva så med bruken av valium og sovepiller? Som følge av den nye individuelle planen har han sluttet å bruke valium og sovepiller. Og tro det eller ei: Som følge av røykeavvenningskurset og god oppfølging har han sluttet å røyke. Dermed er økonomien blitt mye bedre enn før – med påfølgende økt trygghet og selvfølelse.

Lønnsslipp

Suksesshistorie? Ubetinget ja! Som pårørende tror min kone og jeg nesten ikke det vi ser. Og historien slutter ikke her: For første gang i sitt liv har min 48-årige sønn for noen dager siden undertegnet en arbeidskontrakt. Det dreier seg om en meningsfull 50% stilling, med utsikt til økt beskjeftigelsesgrad. Det er en form for tilpasset arbeid. Timelønnen er lav, men min sønn vil nå få en lønnsslipp. Han vil beholde trygden sin, og etter noen få måneder kan trygd og lønn bli utbetalt samordnet, etter hva jeg forstår. Da vil beløpet på lønnsslippen gi enda mer grunnlag for økt selvfølelse, hurra!

Som man skjønner: Det er forbasket mye spilt melk å gråte over, hvis man velger å gjøre det. Min kone og jeg har valgt en annen vinkling. Vi har trodd på at det umulige kunne bli mulig. I tillegg til tro har vi hatt håp. Gå hen og gjør likeså!

”Jeg vegret meg for å komme med egne ønsker. Jeg var ikke vant til det og følte meg brydd”

Martha er 55 år. Hun har vært innlagt på sykehus med hjerneslag, og hun har fått psykiske problemer. Martha er tidligere bibliotekar. I perioder klarer hun ikke be om hjelp. Hun har individuell plan. Hun forteller:

”Jeg vegret meg for å komme med egne ønsker. Jeg var ikke vant til det og følte meg brydd. Jeg var vant til at helsevesenet fortalte meg hva jeg skal gjøre. Jeg vil helst ikke komme på kant med helsevesenet heller, for jeg er jo avhengig av dem. Med individuell plan opplevde jeg å starte samarbeid med en koordinator som ble kjent med meg, en jeg følte meg trygg på, som fanget meg opp og som gjorde noe. Hvis jeg føler meg brydd over å presentere egne behov, kan jeg si fra og få noen andre til å hjelpe meg.”

(Kilde: Nasjonalt Lærings- og mestringssenter, Aker Universitetssykehus HF, Individuell plan (IP) = brukers plan)

Får være mor

Individuell plan har gitt Elin Vestly muligheten til å være mor til Ragna Elise, etter at datteren fikk MS

-Individuell plan har gjort det mulig for meg å rydde i rollene. Jeg får være mor til datteren min. Det er ikke mitt ansvar å organisere det som skal til, den oppgaven tar hjelpeapparatet seg av. Nettopp derfor gir planen meg mulighet til å konsentrere meg om å være mor, understreker Elin Vestly fra Stokke kommune i Vestfold.
I juni 2006 fikk den 12 år gamle datteren hennes diagnosen multippel sklerose. September samme år var den individuelle planen på plass. Den var i hovedsak utarbeidet av moren, helsesøster og kontaktlærer.

Aksept

Det er tøft for foreldrene å få beskjed om at datteren har en kronisk sykdom som kan føre til omfattende funksjonshemminger. Elin Vestly mener arbeidet med den individuelle planen har gjort det lettere for henne å bearbeide det.

-Arbeidet med planen har hjulpet meg til å innse og akseptere situasjonen. Og på grunn av planen vet jeg at vi får den hjelpen vi trenger, når Ragna Elise har behov for det, forteller moren.

Elin Vestly opplever at individuell plan har hjulpet henne med å holde fokus på hva som er mulig å få til.

-Du kan velge å se på tiltakene som et hav av nederlag. Eller du kan velge å se på dem som det du trenger for å opprettholde livskvalitet og mestring. Jeg har valgt det siste, slår hun fast.

Ikke statisk verktøy

Ansvarsgruppen rundt Ragna Elise teller åtte personer. Der er både helsetjeneste og skole representert, og begge foreldrene.

-Vi har vært opptatt av at det ikke skal være flere enn nødvendig i gruppen. Planen skal være funksjonell, sier Elin Vestly.

Helsesøsteren på skolen er koordinator for Ragna Elise, etter morens ønske. Elin Vestly var helt klar på at hun selv ikke skulle være koordinator.

-Det ville blitt helt feil. Det må være helsetjenesten sin oppgave, mener hun.

Moren opplever at individuell plan gir henne trygghet og oversikt, og hun mener det er en god måte å samarbeide på. Hun er opptatt av at en slik plan skal være enkel, håndterlig og oversiktlig.

-Jeg tror mange gjør den feilen at de tenker for stort og lager planer som er svære og uhåndterlige. Men hele vitsen med en slik plan er jo å ha noe som er konkret, som kan brukes og som gir nytte, påpeker hun.

Individuell plan gir meg mulighet til å være mor for Ragna Elise. Det er ikke mitt ansvar å organisere det som skal til for å få hverdagen til å gå rundt, sier Elin Vestly.
Foto: Truls Brekke

Ansvarsgruppen møtes om lag hver tredje måned. Neste skoleår skal Ragna Elise over i ungdomsskolen, og det må planlegges nøye.

-Planen er ikke et statisk verktøy, men noe som skal følge utviklingen, sier Elin Vestly.

Felles mål

Hun understreker at eierforholdet til den individuelle planen må ligge hos brukeren.

-Samtidig er det fagfolkene som er ansvarlige for tiltak og tilrettelegging. For meg er det viktig å vite at det er noen i kommunen som har ansvar for Ragna Elises individuelle plan, og at jeg vet hvem som gjør hva, sier hun.

-Som mor har jeg også følt at jeg har møtt mennesker som vil meg og datteren min vel gjennom ansvarsgruppemøtene. Vi har et felles mål, nemlig at Ragna Elise skal ha det best mulig, sier hun.

For regnværsdager

Elin Vestly er opptatt av at individuell plan er for regnværsdagene, ikke solskinnsdagene.

-Sykdommen til Ragna Elise er slik at hun har gode perioder og tyngre perioder. Planen er på mange måter en verstefallsplan for hvordan vi skal håndtere ting på de dårligste dagene. Men da vet jeg at tiltakene ligger der når jeg trenger dem. For meg er det viktig å ha orden i tiltakene, slik at vi kan konsentrere oss om å mestre livet best mulig i hverdagen, sier hun.

Erfaring fra andre siden

Elin Vestly har selv laget individuelle planer for andre. Hun er utdannet

spesialsykepleier, og arbeider som rådgiver i Psykiatrien i Vestfold, der hun jobber med rusmisbrukere. Hun mener helt klart det har vært en styrke som mor å ha erfaring med å lage planer selv.

-Men jeg må innrømme at da individuell plan kom inn i rusfeltet, hadde jeg en veldig "tja-holdning". Skal vi få enda mer papir, liksom. Men også i jobben har jeg sett at dette er et nyttig og godt verktøy, sier hun.

Historien om Ragna Elise og hennes individuelle plan er på mange måter en solskinnshistorie. Og det har nok moren mye av æren for. Hun har hele tiden vært veldig tydelig og bevisst på hvordan hun har ønsket at ting skal være.

-Her har erfaringen min fra tjenesteytersiden vært god å ha med seg, sier Elin Vestly.

Hennes råd til andre som trenger individuell plan er:

-Vær åpen! Det er et stort skritt i seg selv å si at vi trenger hjelp. Men gjør det før du er helt utslitt. Det er også viktig å tørre å slippe hjelpeapparatet inn. Det handler ikke om å utlevere deg selv eller kapitulere. Jeg velger å se på det slik at vi tar i mot den hjelpen vi får, og det gir oss overskudd til andre ting i livet, sier Elin Vestly.

"Jeg får være mor til datteren min. Det er ikke mitt ansvar å organisere det som skal til, den oppgaven tar hjelpeapparatet seg av"

Undersøkelser viser at forskriftens bestemmelse om at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, ikke er en entydig eller enhetlig funksjon, men kan innebære mye forskjellig. For det første kan ikke foreldre inneha denne funksjonen. Foreldre er ikke tjenesteytere. Videre kan ansvar og oppgaver være uklart definert, og de varierer både fra kommune til kommune og innen den enkelte kommune.

Undersøkelser og erfaring viser at ansvarlige tjenesteytere, ofte kalt koordinatorer, er handlekraftige. Målet på en dyktig ansvarlig tjenesteyter/koordinator er at 'ting blir gjort'. Det rapporteres også om erfaringer der rollen som ansvarlig tjenesteyter oppleves som uformell, uklar, ensom og krevende (Thommesen 2006, Ellingsen 2006). I følge Ellingsen ligger noe av utfordringen i at den politiske oppgaven å ta i bruk individuell plan, og for eksempel en samarbeidsgruppe rundt brukeren, skal omformes til faglige oppgaver. Det er stor risiko for å forenkle kompleksiteten i oppgaven i denne prosessen. Noe av utfordringen ligger i at metodene anvendes i skjæringspunket mellom mottakerens privatliv og livsprosjekt, og tjenesteyterens systemverden, som i stor grad er regulert av lover og regler.

Veien tilbake etter slaget

For sju år siden fikk Vidar Hoel slag og kunne verken snakke, lese, skrive eller gå. Nå lever han et aktivt liv som organisasjonsmann og lokalpolitiker. –Uten individuell plan hadde jeg ikke kommet dit jeg er i dag, sier han.

I 2000 ble Kongsvinger-mannen Vidar Hoel rammet av slag. Det skjedde mens han var på jobb og satt i telefonen. Plutselig forsvant ordene. Han sjanglet da han reiste seg og var lam i den ene siden. Det bar rett til sykehuset Innlandet, Kongsvinger, der det ble konstatert slag. Han kunne verken snakke, lese, skrive eller gå. Rehabiliteringen startet umiddelbart, og han hadde et godt tverrfaglig team til å bistå seg. På sykehuset fikk han også koordinator med en gang, og Vidar Hoel begynte på den lange og krevende veien med å bli bra igjen. Få måneder etter slaget var den individuelle planen på plass.

–Uten planen hadde jeg aldri kommet dit jeg er i dag. Det ble et målrettet, konkret hjelpemiddel på veien, forteller han, og ser bort på spesialfysioterapeut Christin Bråthen. Hun var hans koordinator og har fulgt ham hele veien. Nå har Vidar Hoel tatt turen innom sykehuset i anledning intervjuet.

–Du hadde veldig klare mål for hva du ville oppnå helt fra starten, sier Christin Bråthen til sin tidligere pasient.

Konkrete mål

Et av målene Vidar Hoel ganske raskt satte seg, var å danne ei lokalforening av Afasiforbundet. Et annet mål var å få tilbake førerkortet. Et tredje å komme tilbake i jobb. Et fjerde å kunne skrive med høyre hånd igjen. Og ikke minst, lære seg å lese og snakke.

Han har nådd nesten alle målene. Men Vidar Hoel kom ikke tilbake til sin gamle arbeidsplass igjen.

–Jeg innså etter hvert at det ble vanskeligere enn jeg trodde, forteller han.

Men Vidar Hoel har startet en lokalavdeling av Afasiforbundet. Han sitter også i styret for foreningen sentralt. Han har en varaplass i kommunestyret, og han jobber flere timer i uka som støttekontakt og likemann.

–Målet om en lokalavdeling av Afasiforbundet var et av de første som ble nedfelt i planen min. Jeg brukte den individuelle planen som et veldig konkret virkemiddel for å fastsette målene. Og planen har hjulpet meg å nå dem, forteller han.

Bruke erfaringene

Vidar Hoel har alltid vært en aktiv organisasjonsmann. Den lokale Afasiforeningen har vært en viktig forankring for ham i rehabiliteringsprosessen. I dag er han støttekontakt for en som også er rammet av slag, og han arbeider med likemanns-

For Vidar Hoel ble individuell plan et nyttig virkemiddel for å nå målene da han skulle rehabiliteres etter et slag. Spesialfysioterapeut Christin Bråthen var koordinatoren hans, og hun mener hjelpeapparatet har lært mye av Vidar.

Foto: Truls Brekke

arbeid. Han sitter også i styret i Afasiforbundet sentralt.

–Jeg har alltid vært et samfunnsengasjert menneske. Her får jeg muligheten til å bidra med mine egne erfaringer. Jeg har lært mye av både sykdommen og rehabiliteringen, og jeg syns det er viktig å formidle at det fins håp, sier han.

Lærdom til fagfolk

Vidar Hoel mener at individuell plan har gitt ham god innvirkning på egen rehabiliteringsprosess.

–Vidar er blitt en bruker med virkning, sier fysioterapeut Christin Bråthen.

Hun mener også hjelpeapparatet har lært mye av Vidar Hoel.

–Vidar har vært veldig opptatt av livskvalitet som mål. Det er lett for oss i ulike deler av hjelpeapparatet å se på funksjon, og glemme det som gir pasienten mestring og livskvalitet. Vidar har hele tiden vært en bruker som har tatt mye ansvar for og styring med sin egen rehabiliteringsprosess. Det har vi lært enormt mye av, sier hun.

Bråthen tror det er en stor utfordring for mange i tjenesteytere å tre til side, og la brukeren styre prosessene.

–Det er brukeren som skal eie sin egen individuelle plan, og bruker skal ha stor innvirkning i prosessen. Vi må også huske at planen er et verktøy for at brukeren skal få en målrettet og ryddig rehabilitering. Planen er viktig for å systematisere alle tiltakene og ikke minst ansvarliggjøre alle de involverte. Når det er brukerens mål som styrer, vil vi også lettere "treffe blinken". Planen er derfor også veldig nyttig når vi skal evaluere hvordan alt går, sier hun.

Tålmodig

En individuell plan skal gjelde for en tidsavgrenset periode. Vidar Hoel fikk sin første plan i 2001. I 2002 ble den siste laget. Etter det har det bare gått en vei: Oppover. Han trenger verken plan eller koordinator lengre. Nå reiser Vidar Hoel rundt og holder foredrag om sin egen erfaring til pasientorganisasjoner, skoler og politikere. Han har nådd nesten alle målene han satte seg. Men han innrømmer at veien fram dit ble lengre enn han trodde.

–De rundt meg prøvde å være realistiske da jeg var innlagt på slagavdelingen her på sykehuset. Underveis innså jeg at det ville bli tyngre enn jeg hadde trodd, forteller han og skryter av hjelpen han har fått, både av sykehuset, logoped, og ikke minst kona.

Vidar Hoel har lært seg å være tålmodig og at ting tok lengre tid. Men hele tiden har han hatt et klart fokus på målene sine.

–Det går an å velge de enkle løsningene, men det er ikke alltid de enkle løsningene som er de beste, sier han.

Politiker

Vidar Hoel har også en varaplass i kommunestyret i Kongsvinger. Som politiker mener han samfunnet satser alt for lite på rehabilitering.

–Det skal spares penger over alt, og da er det ofte rehabilitering og forebyggende det blir skåret ned på først. Men på sikt taper vi på det. Hva koster det ikke å ha mennesker boende på sykehjem i årevis, i forhold til å rehabilitere dem til et aktivt liv? spør han engasjert.

Gode spørsmål som fagfolk kan stille oss, råd fra brukere:

Helsepersonell er fortrolig med ord som *mål* og *delmål*. Men du bør være klar over at de færreste tenker i målsettinger i dagliglivet. Derfor er det ikke lett hvis du ber meg redegjøre for hvilke mål jeg har. Her er noen forslag til *gode spørsmål* som du heller kan be meg si noe om: Hva er viktigst for deg å få gjort noe med først? Hvem er du? Hva er viktig for deg i hverdagen? Hva oppleves viktig for deg i ditt liv? Hva er det som gjør at det fungerer nå? Hva skal til for at du skal klare det du ønsker? Som fagperson kan du si noe om hvilke muligheter som finnes for meg i min kommune/bydel, slik at vi *sammen* kan legge planer.

(Kilde: Nasjonalt Lærings- og mestringssenter, Aker universitetssykehus HF, Individuell plan (IP) = brukers plan.)

Veien til et rusfritt liv

For fem år siden levde samboerparet på gata i Tromsø. Nå har Hilde Nicolaisen fått tilbake autorisasjonen som sykepleier og driver avvenningskurs for hasjavhengige. Ragnar Moan er leder for RIO i Nord-Norge og reiser rundt i både inn-og utland.

Vinterdagen er mild i Tromsø. Sola har akkurat kommet tilbake, men skumringen har likevel lagt seg utafor vinduene denne tidlige ettermiddagen. Inne på Kafe X i Vestregata finner Ragnar Moan og Hilde Nicolaisen seg plass i sofakroken. Kafeen drives av RIO, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, og både Hilde og Ragnar har vært med å bygge opp dette tilbudet. Samboerparet har et langt liv som rusmisbrukere bak seg. I flere år levde de på gata i Tromsø. Men i 2003 bestemte de seg for at nok var nok. De hadde akkurat truffet hverandre. Begge ønsket å bli rusfrie, og sammen startet de prosessen mot et rusfritt liv. For dem ble individuell plan et nyttig redskap for å samle trådene og få en retning på tilværelsen.

-Individuell plan er et enkelt og svært godt verktøy med mange muligheter. Det gir en dynamisk prosess der veien blir til mens du går, sier de to.

Forlangte plan

Hilde og Ragnar forlangte selv å få individuell plan.

-Sosialkontoret hadde ikke hatt noen på opplæring, og de visste lite om individuell plan. Men rettigheten var nedfelt, og vi sto på vårt, forteller Ragnar Moan.
I 2004 tok en sykepleier fra Sosialmedisinsk senter i Tromsø kommune kontakt med dem.

”Jeg er blitt forespurt om å være koordinator i ei sånn der ansvarsgruppe for individuell plan og sånn”, fortalte hun.

”Men hva er egentlig en ansvarsgruppe?” spurte hun videre.

-Det lå jo an til en bra start, kan du si, smiler Ragnar fire år etterpå.
Men både han og Hilde er fulle av ros over koordinatoren og jobben hun gjorde.

Barna

Et viktig mål med planen var samvær med Hildes barn. Hilde er firebarnsmor, og ungene bodde hos faren i en av nabokommunene til Tromsø. På lengre sikt ønsket de at den ene sønnen skulle komme og bo hos dem mens han gikk på videregående skole i byen. Derfor fikk faren til ungene plass i ansvarsgruppen.

-Det var viktig for meg at han skulle føle seg trygg på at vi virkelig var rusfrie, og at ungene var trygge når de var hos meg. Vi lagde også klare avtaler om hva som skulle skje hvis vi sprakk. Det var viktig for faren til ungene mine at han fikk se apparatet rundt oss, sier Hilde.

Samboerparet ønsket ikke å legge seg inn på noe behandlingsopplegg. Derfor

Samboerparet Hilde Nicolaisen og Ragnar Moan levde flere år på gata, med rus og kriminalitet. Nå er begge rusfrie og jobber med rusmisbrukere. De mener individuell plan bør brukes mer i rusomsorgen.

Foto: Truls Brekke

krevde de selv å få levere urinprøver jevnlig.

-Vi var skeptiske til systemet og ville heller drive prosessen selv, forteller Ragnar.

-Vi hadde ressurser til å stå løpet ut alene. Vi ble begge rusmisbrukere som relativt voksne, Ragnar som 17-åring, jeg var 30. Vi hadde begge opplevd et normalt liv før. For lenge siden hadde vi begge hatt eget hjem og jobb. Vi visste hva vi skulle tilbake til, forteller Hilde.

Men de måtte bevise at de var verdt å satse på.

-Vi ba om å få levere prøver slik at apparatet skulle tro på oss. Vi ville bevise at vi ville, og at det var vits i å jobbe med oss, sier Ragnar

Små og store skritt

I den første perioden var målet med den individuelle planen å bli rusfri. De første skrittene var små, og tilværelsen var tøff.

-Det er enkelt å stoppe med rus. Det vanskeligste er å la være å begynne igjen, sier Ragnar.

De hadde laget klare avtaler seg i mellom for hvordan det skulle foregå, og hva som skulle skje hvis en av dem sprakk. Marka ble flittig brukt. Bolig i et helt ”vanlig” boområde var viktig.

-Det nytter ikke å bli rusfri på hospits eller i en ”rusghetto”. Det var viktig at vi bodde i et miljø med helt vanlige folk, forteller Hilde.

Etter hvert kunne samboerparet ta lengre skritt. Flere delmål ble oppnåelige. Attføring var en del av planen. For Hilde begynte tanken å vokse om å få tilbake autorisasjonen som sykepleier.

Utdanning

-Siden jeg ikke hadde noe institusjonsopphold som dokumenterte at jeg var rusfri, fikk jeg laget et opplegg på ruspoliklinikken. I to år måtte jeg levere urinprøver, også uten forvarsel, og jeg hadde timer hos psykolog, forteller hun.
Samtidig ønsket hun å begynne på videreutdanning i rus og psykiatri ved Høgskolen i Tromsø.

-Jeg fikk høre at prosessen gikk vel fort. Men jeg visste at det ikke ville være positivt i det hele tatt å gå heime uten noe å gjøre. For meg var det viktig å få plass på videreutdanningen, forteller hun.
Ragnar ønsket den samme utdanningen og søkte opptak på bakgrunn av realkompetanse som rusmisbruker. Det fikk han først beskjed om at han bare kunne glemme.

-Men etter lang tid og mange diskusjoner ble opplegget godkjent, og jeg fikk plass, sier han.

Helhet og ansvar

Hilde og Ragnar hadde individuell plan og ansvarsgruppe i om lag et år. Begge mener individuell plan bidro til at prosessen gikk så raskt som den gjorde.

-Planen ga oss en god oversikt over situasjonen. Uten den og uten ansvarsgruppa hadde vi nok blitt gående mye lengre rundt i de ulike systemene, sier Ragnar.
Begge trekker fram oversikt og ansvar som de viktigste funksjonene til planen.

-Alle instansene ble ansvarliggjort. Vi ble ansvarliggjort. Avtalene ble skrevet ned, og alle forpliktet seg, sier Ragnar.

-Det er viktig å få samlet alle som bidrar. De ulike instansene fikk godt innblikk i hva de andre gjorde, og så sin del i en større helhet. Alle fikk bedre oversikt over helheten, påpeker Hilde.
Ragnar mener planen gjorde at de ble tatt mer på alvor av systemet.

-Individuell plan gir deg ikke rett til mer hjelp enn ellers, men i praksis tror jeg man får det. Vi følte oss tatt mer på alvor, sier han.
Både Hilde og Ragnar mener individuell plan brukes for lite i rusomsorgen. Rådet er klart:

-Gjør det så enkelt som mulig. Det trengs ingen mal, planen skal tvert i mot være individuell og personlig. En vanlig feil er å tenke for vanskelig.

Målene er nådd

I oktober 2007 fikk Hilde beskjed fra Helsetilsynet om at hun fikk tilbake autorisasjonen som sykepleier. I dag er hun prosjektleder for RIOs Cannabisprosjekt og har kontor ved rus- og psykiatritjenesten i Tromsø kommune. Hun driver et eget behandlingstilbud for hasjavhengige. Det har hun laget selv. Prosjektet bygger på hovedoppgaven hun skrev da hun tok videreutdanning, og er støttet av Sosial- og helsedirektoratet.

Hilde sitter også selv i ansvarsgrupper for flere av klientene sine. Ragnar er ansatt som leder for RIO Nord, og er en del av administrasjonen i RIO. Han er også styreleder for organisasjonen. Jobben innbærer mye reising i både inn- og utland. For begge to har RIO vært en uunnværlig brikke i rehabiliteringen.
Hildes sønn flyttet til dem, gjorde seg ferdig med videregående og er i militæret. Nå er det datteren på 17 som bor hos mamma og Ragnar mens hun tar videregående. Og neste år kommer 15-åringen.

-Det gikk bra. Vi nådde målene, sier Hilde Nicolaisen og Ragnar Moan.

Illustrasjonsfoto

"Jeg er blitt forespurt om å være koordinator i ei sånn der ansvarsgruppe for individuell plan og sånn", fortalte hun. "Hva er egentlig en ansvarsgruppe?"

Sammenkoblingen individuell plan og ansvarsgruppe er ikke er hjemlet i forskrift om individuell plan. Tilsyn med habiliteringstjenester i 2006 utført av Helsetilsynet viser at dette lett gjøres uten at man vet hvorvidt dette er positivt eller negativt for tjenestemottakeren. Tilsyn viser videre at svak styring av ansvarsgruppene er et problem i mange kommuner.

Samtidig kan det være en styrke når planarbeidet organiseres som en ansvarsgruppe, fordi dette gir større muligheter til måltenkning og brukerorientering, og fordi ansvarsgrupper er en arena der aktørene møtes og kan diskutere. Ansvarsgrupper har dermed i seg et potensial for utvikling av bedre tjenester. Dette hevdes av G.V. Hansen i hans doktoravhandling om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid Karlstad, 2007.
Ellingsen 2006, fant at kommunikasjon og samarbeid mellom tjenestemottaker/familie og tjenesteyter er avgjørende i arbeidet med individuell plan, og dette ser ut til å bli best ivaretatt gjennom en dyktig koordinator. (Redaksjonen: forskriftens ordlyd er at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.)

Tro og livssyn er viktige elementer i Synnøves liv og plan

Dette eksemplet viser hvordan aktiv deltakelse i et tros- og livssynssamfunn blir en viktig del av Synnøves individuelle plan.

Synnøve er en 27 år gammel kvinne som har Downs syndrom. Hun er oppvokst i en stor kristen familie og har gjennom hele oppveksten deltatt aktivt sammen med sin familie i en lokal menighet innenfor Den norske kirke. Først i søndagsskolen og videre i ungdomsarbeidet. Gudstjeneste på søndager og i høgtidene har alltid vært en del av hennes og familiens rytme. Synnøve har også deltatt på mange leirer i kristen regi. For ett år siden flyttet Synnøve i egen leilighet. I forbindelse med forberedelsesprosessen til flytting ble det utarbeidet individuell plan for Synnøve. De forskjellige behov, interesser og ønsker som Synnøve har for hverdagen i eget hjem, ble synliggjort og konkretisert i planen.

Synnøves ønsker, og ikke bare foreldrenes

I arbeidet med Synnøves individuelle plan ble hennes egne ønsker om fortsatt deltakelse i kirken grundig drøftet. Det er enighet om at dette er Synnøves ønsker, og ikke bare foreldrenes. Synnøve og familien har utarbeidet en egen perm som forteller om Synnøves trosutøvelse i hjemmet og i fellesskapet i den lokale kirken. Det forutsettes at alle som bistår Synnøve med tjenester er kjent med permens innhold. Permen er et godt hjelpemiddel når Synnøve skal presentere seg for nye bistandsytere.

De kirkelige høgtider

Synnøve er avhengig av at tjenesteytere legger tilrette hverdagslivet slik at hun får gjort de ting og deltatt i de fellesskap/grupper som den individuelle planen beskriver. For å sikre at Synnøve får den livskvalitet hun ønsker, er det utarbeidet en egen års-, måneds-, ukes- og dagsplan. Denne planen fungerer både som "huskeliste" for Synnøve, og som en veileder for de tjenesteytere som bistår Synnøve. Et av målene i Synnøves individuelle plan er at Synnøve skal få mulighet til å utøve sin tro i hjemmet og i fellesskap med andre slik hun selv ønsker det. Her følger noen eksempler på aktiviteter som er viktige for Synnøve innenfor de kirkelige høgtider:

Illustrasjon: "Englekor". Tegnet av Rita Sparby.

Advent:

Synnøve gjør leiligheten i stand til adventstid – julestjerna blir hengt opp i vinduet, adventstake blir satt i vinduet, lilla lys settes i adventstaken og lilla duk legges på bordet. Synnøve baker tradisjonen tro sjokoladesmåkaker, pepperkaker og rundstykker. Hun inviterer foreldre og søsken til adventsmiddag 3. søndag i advent. Hun deltar på lysmesse 2. søndag i advent i kirken, Luciamorgen i Storkirken 13. desember og julekonsert i Bakke kirke 3. søndag i advent. Hun feirer julaften med familien og lytter til gudstjeneste 1. og 2. juledag.

Faste:

Synnøve har fastebøsse som hun legger 10 kr. på hver dag.

Påske:

Hjemmet pyntes til påske bl.a. med gule lys, og Synnøve lager en liten påskegrav. Hun deltar i påskerytmen i kirken. Påskeaften inviteres venner på påskelam.

Vår og sommer:

Synnøve deltar på gudstjeneste 8. mai i kirken. 17. mai er det gudstjeneste i Storkirken etter barnetoget. I Pinsen deltar Synnøve på høgtidsgudstjenesten 1. pinsedag og friluftsgudstjeneste 2. pinsedag. Om sommeren er det leir i regi av organisasjonen Tro og lys. Synnøve deltar hele året ukentlig i gudstjeneste og hun går til nattverd. På kirkekroa serveres det ofte middag på fredager, og kirkekonsert midt i uka er populært! Enkelte søndager er det prosesjon i kirken.

Synnøves har også andre interesser enn dem knyttet til trosutøvelsen. Her har vi vist hvordan trosutøvelsen er så viktig for Synnøve at de mange aktivitetene knyttet til den har fått stor plass i hennes individuelle plan.

Veien til en lettere hverdag

Kari er 36 år. Hun har utviklet overvekt allerede i barndommen. Det nådde en topp da hun var 29 år. Da veide hun 152 kg. Kari har i dag fått bistand til utarbeiding av en individuell plan. Planen gjelder fra 01.01. 2008. Den skal revideres hvert halvår.

Kari har forsøkt det meste av dietter og slanking, men dette har primært vært uorganiserte opplegg i egen regi. På det meste gikk hun ned 25 kg, noe hun holdt i fire måneder. Den gang opplevde hun vekttapet som utilfredsstillende, noe hun mener var grunnen til at hun ikke greide å holde på vekten.

Behandling

Kari har nå gjennomgått et 10-ukers behandlingsprogram ved Røros Rehabiliteringssenter. Dette er en konservativ, ikke-kirurgisk behandlingsform med formål å endre livsstil. I behandlingen er det lagt vekt på fysisk aktivitet og bevegelsesglede, sunt kosthold og selvhushold, samt mentale aspekter ved endringsprosesser.

Kari gikk ned 24 kg i løpet av oppholdet. Hun veide ved utreise 130 kg, hvilket gir en BMI på 41.

Kari oppgir selv at hun er deprimert. Hun forteller om opplevelser av tungsinn, tidlig oppvåkning om morgenen, initiativløshet, symptomer forenlig med depressiv lidelse. Hun spiser mer energitett mat i perioder hun er nedfor. Tungpust og artroseplager har redusert hennes fysiske funksjonsnivå. Hun blir utkjørt av å gå to kilometer. Videre har hun plager med balansen. Dette legger begrensninger på hennes ferdsel i ulendt terreng, samt vinterstid på glatt underlag. Hun benytter ingen hjelpemidler pr. i dag.

Sosialt

Kari har familie i nabokommunen. Ellers har hun én søster som bor på Sørlandet. Gode familieforhold, men hun oppgir at hun kunne tenkt seg å se søsteren og tantebarna oftere. Kari har to gode venner og ellers liten omgangskrets.

Kostkartlegging

Kostdagboken viste mye lyst brød, lite fiberrik mat, og både potetgull og sjokolade flere dager i uken. Det er få lettprodukter, og Kari synes at disse er for smakløse.

Hun spiser som regel ett varmt måltid hver dag. Dette er ofte ferdigmat, som Fjordland. Når hun lager middag selv, blir porsjonene relativt store. Kostdagboken viste få innslag av frukt, dog en del druer. Ellers for lite grønnsaker. Hun forteller at hun generelt ikke liker salat. Kari har gjerne bare to store måltider pr. dag, men småspiser ofte snacks imellom. Kari mosjonerer ikke regelmessig, og hun kjører bil til jobben.

Illustrasjonsfoto

Arbeid

Kari er 50 prosent uføretrygdet. Hun er ellers langtidssykmeldt fra arbeid som butikkmedarbeider på Plantasjen. Grunnlag for sykmeldingen er en kombinasjon av leddsmerter og depressive plager.

Karis ønsker, mål og tiltak

Karis idealvekt (egendefinert) er 85 kg. Hun uttrykker at 100 kg også kan være tilfredsstillende. Kari har også diabetes. Det er et mål å gå fra tablettregulering til kostregulering av diabetes. Det er også et mål for henne å slutte med blodtrykksmedisin.

Kari ønsker å komme tilbake i arbeid for at dagene skal bli mer meningsfulle. I første omgang tas det sikte på å jobbe mot friskmelding. På sikt kan det være aktuelt også å revurdere uføregrad. Kari ønsker å innarbeide rutiner for fysisk aktivitet. Hun er ennå søkende i forhold til hvilken aktivitetsform som passer henne, fysisk og psykisk. Det tas sikte på 3 mosjonsaktiviteter i uken.

Kari har et ønske om å få et større kontaktnett. Hun utviklet gode vennskap med andre i gruppen da hun var på Røros Rehabiliteringssenter. Hun ønsker også å få flere venner nær hjemstedet, og hun ser for seg at et slikt fellesskap kan bidra til at hun i sterkere grad rutinefester fysisk aktivitet. Dette kan også bidra til at hun benytter mer av kommunens kulturtilbud, noe hun ønsker å gjøre.

Øke aktivitetsnivå

Innledningsvis får Kari en treningskontakt (omdefinert støttekontakt) som skal hjelpe henne i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Treningskontakten er fysisk aktiv sammen med Kari to ganger pr. uke og

hjelper Kari med å sette opp en plan for aktivitet helst 4 ganger i uken. Treningskontakten introduserer ulike typer aktiviteter for Kari slik at hun får opplæring i ulike aktiviteter. Treningskontakten skal også fokusere på hvordan Kari kan øke sin hverdagsaktivitet generelt. Etterhvert får Kari tilbud om å delta i mosjonsgruppe i regi av kommunens FYSAK-program. Gruppeaktiviteter som Kari har vist interesse for er stavgang, bassengtrening og styrketrening. Hun vil få tilrettelagt et treningsprogram som de første to månedene innebærer to organiserte aktiviteter pr. uke. Hvorvidt dette bør økes på sikt avhenger av bl.a. i hvilken grad Kari lykkes med å legge aktivitet inn i hverdagen.

Det må vurderes om Kari skal fortsette med treningskontakten når hun starter i gruppeaktivitetene. Mye tyder på at det kan være hensiktsmessig at hun fortsetter med treningskontakten. Ansvarlig: FYSAK-kontakt.

Redusere depresjonssymptomene

Psykiatrisk sykepleier avtaler periodiske samtaler med Kari annenhver uke. Dette vil være et naturlig lavterskeltilbud for å støtte Kari i prosessen med å endre livsstil. Dette innebærer også å drøfte utfordringer av psykososial karakter som Kari eventuelt måtte kjenne på i mosjonssammenheng (gruppeprosesser, eksponering) og i kosthold (hvilke roller mat spiller for henne). Sykepleieren vil fortløpende vurdere eventuelle behov for annen hjelp og har Karis fullmakt til å diskutere pasientforhold med hennes fastlege. Ansvarlig: psykiatrisk sykepleier.

Tilrettelegging av arbeidsoppgaver

Målet er å hjelpe Kari tilbake i arbeid. Arbeidet hennes har i stor grad vært å betjene kassen. Dette innebærer å jobbe stående hele dagen, noe som er belastende for bena og øker knesmertene. Hennes sjef vil forsøke å tilrettelegge arbeidet i samråd med Kari. Hensikten er å redusere tiden hun må stå. I samråd med kommunens ergoterapeut vil de prøve ut Stokkes ståstol som kan avlaste noe av vekten, men samtidig er fleksibel for bevegelsene hun må gjøre i kassen. Ansvarlig: daglig leder Plantasjen.

Kostholdsomlegging

Det er flere kostrelaterte mål som Kari vil jobbe for å nå. Først og fremst skal hun redusere gjennomsnittlig daglig energiinntak med 30 %. Ellers er det hensiktsmessig for henne å fordele inntaket på flere måltider pr. dag, samt øke mengden frukt og grønnsaker. Inntaket av snacks og søtt skal i første omgang reduseres til et mer kontrollert nivå. Kari vil få bistand av ernæringsfysiolog for å utarbeide alternative kostplaner. Ansvarlig: ernæringsfysiolog.

Selvhjelpsgruppe

Kommunens selvhjelpsgruppe er et tilbud Kari også kan ha utbytte av. Gruppens fokus er å støtte mennesker som skal gjennomgå permanente livsstilsendringer. Det arrangeres også gruppeaktiviteter. Ansvarlig: Noralf Nordmann.

Koordinering

- Nødvendige endringer underveis legges som vedlegg til planen.
- Tjenesteyter med hovedansvar fanger opp behov for endringer og kaller inn berørte etater og instanser til planmøte hvert halvår.
- Uoverensstemmelser, eller behov for klarlegging av samarbeidsforhold el. l. tas opp med ansvarlig tjenesteyter.
- Kari har møte med ansvarlig tjenesteyter siste torsdag i hver måned. Her tas det opp alle forhold som er av betydning for koordineringen av tjenestene.
- Planen er et konfidensielt dokument og skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende.

Illustrasjonsfoto

Kari har et omfattende behov for tjenester fra flere instanser, på flere nivå.

Alle tjenestene er viktige for at Kari skal kunne sies å ha et helhetlig tilbud. Det er helt vesentlig at disse tjenestene er godt koordinert, og at kommunen tar ansvar for dem. Tjenesteyteren med hovedansvar for oppfølging av Kari er Anne Vik, som er FYSAK-konsulent og har kontor i kommunehuset.

Historien om en rehabilitering

Martin er 55 år. Han arbeider som kokk, men er sykemeldt. Han har astma, kols, lungeemfysem, allergier. Martin er gift og har to barn, han har hunder og driver med jakt. Martin må muligens begynne med surstoff om natta. Han er overvektig, røyker mye og drikker en del også

Situasjonen for 1 år siden

Martin var akkurat skrevet ut av sykehuset etter et alvorlig astmaanfall. Han har fått beskjed om at det må vurderes surstoff om natta. Han er sykemeldt på 5. måneden – vil ikke ha kontakt med jobben. Han er deprimert, sint og motløs – går ikke ut. Har fått angstanfall. Martin vurderer å skille seg for at kona ikke skal drasse rundt med en syk mann. Han vil avlive bikkjene for han tror ikke at han kommer på jakt mer.

Martin trener ikke, men går innimellom til fysioterapeut på grunn av vond nakke. Han har fått tilbud om røykeavvenningskurs av legen sin, men orker ikke tenke på det akkurat nå. En lege nevnte at han var overvektig, men han er lite villig til å forandre kosthold. Han har hyppige, store kortisonkurer og føler seg stadig sulten. På den første timen hos fysioterapeuten etter sykehusoppholdet spør hun ham;

- Har du egentlig noen plan for hva du vil gjøre med livet ditt nå?

Da bare ser han spørrende på henne og sier

- Nei, hele livet mitt er bare kaos - jeg har mistet troen på at jeg skal bli frisk.

– Jeg har bare lyst til å legge meg ned å dø.

- Har du hørt om individuell plan, spør hun ham? Ingen leger eller andre har nevnt individuell plan eller noen form for rehabilitering, som han kan huske, sier han.

- Vil du at jeg skal søke om individuell plan for deg, spør hun og forteller om målsettingen med ordningen. Først hadde han ikke lyst, for han skjønte at han måtte ta stilling til noen viktige valg i livet – men han sa ja til slutt og fysioterapeuten tilbød seg å være koordinator.

Illustrasjonsfoto

Da begynte det å skje noe:

Fysioterapeuten og Martin satt seg ned sammen og laget en plan for hva han hadde behov for. Det første de gjorde var å søke ham inn på Glittreklinikken.

På Glittreklikken fikk han:

- Utredning av sykdommen
- Gjennomgang av medisiner
- Målt surstoff over tid
- Han fikk utredet sine allergier – og det viser seg at han er overfølsom for hvetemel, og konsekvensen er at han må omskoleres fra kokkeyrket

Han fikk også:

- Kostveiledning

Han ble satt på diett omgående og med beskjed om å redusere alkoholinntaket

- Boforhold ble belyst
  Han bor under særlige dårlige forhold for en allergiker – han har mugg i kjelleren.
  Han har dårlig økonomi, spesielt nå som han står i fare for å bli uføretrygdet. Sosionomen på klinikken grep fatt i dette og hjelper ham med en henvisning til sosionom i egen kommune.
- Terapi
  Han fikk tilbud om psykolog på Glittreklinikken og hadde et par timer med henne. Hun anbefalte ham å gå i familieterapi – en skillsmisse er ikke løsningen akkurat nå.
  Hun anbefalte ham også å oppsøke en psykolog for bl.a. å mestre angstanfallene og få hjelp til å bearbeide at han er svært syk.
- Han er svært deprimert og trenger hjelp. Han er både sint og lei seg med tanke på å bruke surstoff. Og ikke motivert for å snakke om å slutte i jobben sin.
  Han ville ikke gå inn i et røykeavvenningskurs akkurat nå – men skulle tenke på det.

- Trening
  På Glittre startet han med trening og synes det var veldig tungt, men det ble litt bedre etter hvert som dagene gikk, og ved utskrivning var han svært motivert til å fortsette trening hjemme.
- Samtale med andre
  Dette var viktig for ham. Han ble veldig forbauset over at andre hadde det tilsvarende som ham. Det hadde han ikke trodd. Han hadde aldri snakket med noen andre med samme sykdom
- Kunnskap
  Han fikk lære om sykdommen – dette var også viktig for ham. Han hadde mye å lære.

Veien videre etter at han kom hjem fra Glittre

Etter oppholdet på Glittre satt den ansvarlige tjenesteyteren i kommunen og Martin seg ned for å nøste i tråder. Det var viktig at flere av de tilbudene han hadde behov for ble videreført i hjemkommunen. Sammen satt de opp hovedmål og delmål for det nærmeste året, og følgende ble grepet fatt i: Han ble pasient hos Lungeteamet på sykehuset som følger ham nøye opp.

Det er søkt om at han kan få surstoff om natten. Han har en god og åpen dialog med fastlegen sin. Han har oppfølgingstimer hos en dietiker for å få hjelp til å gå ned i vekt / endre kosthold.

Han skal gripe fatt i røykeproblematikken. Han venter på psykologhjelp – det er mange ting han må ta stilling til i livet sitt, og han har behov for hjelp til det. Han og familien går i familieterapi.

Han trener 2 dager i uken og går stadig på tur – og han har skjønt viktigheten av å trene. Han vurderer å selge huset og flytte i en leilighet. Han avliver ikke bikkjene og har som mål og gå på jakt neste høst.

Martin må vurdere uføretrygd eller omskolering til annet arbeid – han har nå god kontakt med NAV. Målet hans er å komme ut i arbeid igjen – om ikke heltid - så kanskje noen dager i uken.
Han har ikke helt troen på at han skal klare det. Det er ingen andre arbeidsoppgaver han kan gjøre på nåværende arbeidssted - men det positive er at han har tatt kontakt med sin gamle jobb og besøker den innimellom.

Han er i ferd med å etablere et nettverk rundt seg som støtter ham og familien. Han tør gå ut - uten å være redd for å få anfall – han har lært anfallsmestring.

Noen viktige grep som Martin og tjenestene rundt han tok

1. En fagperson i 1. linjetjenesten grep fatt i ham og utarbeidet individuell plan
2. Opphold på Glittre Lungesykehus – 2. linjetjenesten
3. 1. linjetjenesten sørger for tverrfaglig hjelp når han kom hjem fra Glittre
4. NAV hjelper ham i forhold til jobbsituasjon kontra en eventuell uføretrygd
5. Martin har grepet fatt i livet sitt og situasjonen sin og gjort de grep som var nødvendige for at han skulle få et bedre liv

Hjelper innsatte med ny kurs

Individuell plan er et godt redskap for dem som vil endre livet sitt, mener Rita Rolandsen. Gjennom Wayback-stiftelsen er hun fadder for innsatte i fengslene og hjelper dem som vil stake ut en ny kurs.

Fra en bygning på Rosenhoff i Oslo jobber Rita Rolandsen med å motivere innsatte i fengsel til å endre på livet sitt. Hun er fadder for flere kvinner som soner på Bredtveit, og besøker dem regelmessig. Hun er også fadder for kvinner som nylig er løslatt. Trønderjenta har selv levd et liv med rusmisbruk og fengselsopphold. Men det har hun lagt bak seg. Hun har bevist at det er mulig å gjøre et valg og endre retning på livet sitt. Nå bruker hun erfaringene i arbeidet med å motivere andre til å ta grep om eget liv. Siden 2005 har hun arbeidet i stiftelsen Wayback, som består av tidligere innsatte.

Mulighet til styring

-En person som eier en individuell plan, kan bruke den til å i større grad få styring og retning på livet sitt, sier Rita Rolandsen. Hun har stor tro på at individuell plan er et godt redskap når løslatelsen fra fengslet skal forberedes.

-Vår oppgave er å bidra til dem som vil endre livet sitt. Vi kan hjelpe til med endring. Vi kan vise at det er mulig, vi motiverer folk, og vi kan tenke høgt sammen med dem. Men det er viktig at det er den enkelte som må eie prosessen selv. Hver og en må finne ut hvor de skal. Det kan verken vi eller det øvrige hjelpeapparatet. Og det er her individuell plan kommer inn som et svært nyttig hjelpemiddel, forteller Rita Rolandsen. Som fadder har hun informert mange innsatte på Bredtveit om retten til individuell plan.

-Det er viktig at de får riktig og god informasjon, og at hver ser nytten og verdien av en slik plan. Ellers har den ikke så mye verdi, sier hun.

Lettere overgang

Rita Rolandsen roser Bredtvet for det arbeidet som er satt i gang med individuelle planer, og forteller om et godt samarbeid med kriminalomsorgen.

-Jeg opplever at vi jobber godt sammen for å følge opp folk. Vi har en god dialog med de ansatte i fengslet, og de fungerer langt på vei som ”lobbyister” for oss. De informerer de innsatte om de tjenestene vi gir, og de tar kontakt med oss på vegne av dem, forteller hun.
Og understreker:

-I det arbeidet jeg gjør nå, er det viktig at jeg har lagt mine gamle holdninger til dem som jobber i fengsel bak meg. Nå jobber jeg på lag med det systemet jeg selv var svært kritisk til da jeg satt inne. Den gamle hatten har jeg tatt av meg. Nå er hovedfokuset mitt å motivere andre

Rita Rolandsen er fadder for innsatte i fengsel og hjelper dem med å endre kurs på livet sitt. Hun har selv vært rusmisbruker og har vist at det er mulig å velge bort rusen.
Foto: Torbjørn Grønning

som sitter inne til endring. Jeg skal bidra til å skape holdninger om at det er mulig å gjøre noen valg, og å snu på ting i livet sitt. Det er mulig å gjøre noe annet enn å bli i den kriminelle løpebanen med rus og fengselsopphold, påpeker hun.

Lettere overgang

Ikke minst mener hun individuell plan er positiv fordi den bidrar til å skape kontakt mellom hjelpeapparatet ute og fengslet, før løslatelsen.

-Det kan bidra til å gjøre overgangen til livet utenfor murene mye enklere. Og det gjør hele situasjonen mer ryddig og oversiktlig. Alle vet hvem som har ansvar for hva. Så slipper den ene handa å sitte og lure på hva det andre kontoret har gjort, sier hun. Rolandsen mener en slik plan kan bidra til å hindre mye stress rundt løslatelsen.

-Mange innsatte begynner å stresse ukesvis i forkant. Hvor skal jeg bo? Hvor skal jeg gjøre av meg? Hvordan får jeg penger? For mange er det mye som er kaotisk i livet, sier hun.

Endring er mulig

Rita Rolandsen sier at det å snakke med folk er den viktigste jobben hennes. Hun hjelper folk til å se at andre løsninger enn rus er mulig, og hun hjelper til med å få hjulene til å rulle.

-Mange anser seg sjøl som håpløse og blokkerer muligheten til å tenke at det er mulig å snu. Jeg vet selv hva det koster å snu, jeg vet selv hvor destruktivt tankemønsteret kan være. Men alle vi i Wayback er jo levende beviser på at det er mulig, sier hun.

Rolandsen er også opptatt av at ikke alle klarer å endre livet på første forsøk.

-Det er ikke lett å bryte et gammelt mønster. Det koster å ta et slikt valg, og det krever beinhard jobbing. Noen sprekker både en og to og tre ganger før de klarer det. Da kan man bruke planen, og finne ut hvorfor skjedde det? Hva var det som manglet? Hvordan skal vi ta høyde for dette videre? Mange er for eksempel inne til flere runder med behandling før de blir rusfrie, sier hun.
Men ingen klarer det uten at de vil sjøl. Ingen kan endre seg fordi hjelpeapparatet vil at de skal det. Det må være et eget valg, påpeker hun.

-Og for noen er det naturlig å ta veldig små skritt, ta en bitteliten bit av gangen. Andre er klare for større og mer langsiktige mål og veldig lange skritt. Og det er nettopp det arbeidet med plan og ansvarsgruppe skal ta høyde for. Det er den som eier planen som skal styre prosessen. Den skal være skreddersydd for den enkelte, sier hun.

Realisme

Rolandsen understreker hvor viktig det er at alle partene i en ansvarsgruppe har en åpen dialog og kommuniserer godt. Hun har sett eksempler på det motsatte.

-Og der har det gått dårlig, sier hun. Hun er opptatt av at det må være realisme i planen.

-Det er lett at det skapes for store forventninger om alt som skal være på plass og alt som skal fikses. Man må ikke gape for høyt, og heller ikke tro at planen må være svære greier. Gjør det så enkelt så mulig. Et blankt A4-ark er en god start. Det vesentlige er jo at det er den innsatte sjøl som eier planen. Hva vil hun med livet sitt? Hva trenger hun for å få endring? Det er de viktige spørsmålene planen skal brukes til, sier hun.
Når Rita Rolandsen tenker tilbake på sitt eget liv, ser hun at en individuell plan kunne vært nyttig.

-Det hadde nok hjulpet meg til å begynne å nøste sammen trådene tidligere. Men jeg fikk lov å prøve og feile. Jeg var inn og ut av behandling flere ganger. Men jeg ga meg aldri!

Fakta: Wayback:

- Ble startet av fanger i Oslo Fengsel i 2002 etter en idé fra et lignende opplegg i Sverige
- Arbeider for at de som slippes ut etter soning ikke skal havne tilbake i fengsel
- Slagordene er: rusfrihet, redelighet, kameratskap og solidaritet
- Holder informasjonsmøter i fengslene
- Driver fadderordning og besøkstjeneste
- Henter løslatte ved fengselsporten når de slipper ut
- Jobber med å være et nettverk i hverdagen
- Arbeider med jobb, bolig, fritid etc.
- Har åtte egne overgangshybler i Oslo

For mer informasjon, se: www.wayback.no

Kan gi enklere overgang etter soning

De innsatte får økt selvrespekt når de tar tak i framtida si selv. Individuell plan kan bidra til en enklere overgang til livet utenfor murene.

Bredtveit fengsel, forvarings- og sikringsanstalt har jobbet med individuelle planer siden 2006. Sosialkonsulent Tone Heyerdahl og psykiatrisk sykepleier May Magnussen har utarbeidet et opplegg med individuelle planer og ansvarsgruppemøter tilpasset fengselssystemet. Heyerdahl er ansatt ved Bredtveit, Magnussen i helsetjenesten som fengslet leier inn fra Bjerke bydel i Oslo. Det er så langt satt i gang planer for 17 innsatte. Både Heyerdahl og Magnussen mener planene vil komme de innsatte til gode.

-Individuell plan gir de innsatte en mulighet til å ta mer grep om sitt eget liv. Vi ser at det gir dem følelsen av økt verdighet, sier May Magnussen.

Forpliktelse utenfor murene

Fengslet har lenge tilbudt framtidsplaner for de innsatte. Individuell plan ligner litt, men er mer omfattende, og mer forpliktende for både den innsatte og hjelpeapparatet.

-For mange innsatte er det nok med en framtidsplan. Men det er en løs plan, som kun gjelder inne i fengslet. Mange av de innsatte har behov for sammensatte tjenester etter soning, i forhold til for eksempel rus, bolig og trygd. Da har de krav på en individuell plan dersom de ønsker det, påpeker Heyerdahl.

Den viktigste forskjellen på de to planene er at en individuell plan er et forpliktende dokument.

-Den innebærer en plikt til samarbeid mellom alle som er involvert, sier hun.

På Bredtveit er det kontaktbetjenten som er koordinator. I ansvarsgruppen sitter også representanter fra ulike tjenester utenfor murene. Før soningstiden er over, blir koordinatoransvaret overført til et av de andre medlemmene i ansvarsgruppen utenfor fengslet.

Verdidokument

-Hvilken fordel har de innsatte av å få en individuell plan?

-Det er en mer målrettet måte å jobbe på. Det gjør det lettere å holde fokus på forpliktelsene, både for hjelpeapparatet og den innsatte. Det ansvarliggjør deltakerne i tjenesten rundt den innsatte, sier Heyerdahl.

Tone Heyerdahl og May Magnussen mener individuelle planer er et godt redskap i fengsel når løslatelsen skal forberedes. -Det kan gi bedre ettervern og tryggere ramme rundt løslatelsen, mener de to.
Foto: Torbjørn Grønning

Hun mener planen blir et verdidokument for den innsatte å ta med seg ut i samfunnet.

-Det er et papir der flere instanser har forpliktet seg og lovet å følge opp. Jeg tror også folk automatisk vil bli møtt med mer respekt og velvilje i hjelpeapparatet når de har med seg en individuell plan. Den dokumenterer at personen vil ta grep om livet sitt og er villig til å gjøre endringer, mener May Magnussen.

Verdighet og ansvar

-Hvordan sikrer dere at de innsatte får reell medvirkning i prosessen?

-Det viktigste er å gi god og grundig informasjon til både den innsatte og kontaktbetjentene om hva en slik plan innebærer. Den innsatte må skjønne hensikten med å starte dette. Hvis det er mulig, bør også den innsatte selv fylle ut planen. Det er hennes ønsker og mål som skal være styrende. Det er også den innsatte selv som kaller inn til møter i ansvarsgruppene. Hun er med på å forberede møtene og bestemme hva som skal tas opp. Vi ser at de vokser på det dersom de er i stand til å ta hånd om prosessen, sier May Magnussen.

Bredtveit fengsel

Realisme

Fortsatt er arbeidet med individuelle planer nytt for Bredtveit fengsel, forvarings- og sikringsanstalt. Fortsatt føler Magnussen og Heyerdahl det er mye som gjenstår, ikke minst med tanke på opplæring av de ansatte.

-Men vi er i gang, og vi ser at det nytter. Det er det viktigste, sier Heyerdahl.

-Hvordan sikrer dere at dette blir et reelt godt verktøy, og ikke bare en plan med fine ord?

-Det er viktig å ikke gape over for mye. Det må være en realisme i det, for eksempel med å starte med en til to mål som er mulig å nå. Vi må også sørge for å knytte gode kontakter ute før soningen er over. Og ikke minst så er det viktig å ikke gi den innsatte falske forhåpninger om alt som skal skje utenfor murene etter løslatelsen. Det må være planer med realisme i, ikke høytflyvende planer som gaper over alt for mye, sier Heyerdahl og Magnussen.

Samarbeidet mellom fengslet og tjenestene utenfor er helt sentralt i arbeidet med individuell plan.

"Planen innebærer en klar fordeling av hvem som har ansvar for hva. På den måten kan den bidra til bedre ettervern. Individuell plan kan gi en tryggere ramme rundt løslatelsen".

(Sykepleier May Magnussen ved Bredtveit fengsel)

Klarere ansvar og sterkere medvirkning

Egne prosedyrer ved Barnesentret Sørlandet har gitt klarere ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus. Og foreldrene får sterkere brukermedvirkning.

-Informasjonen vi gir styrer langt på vei hvor god medvirkning brukerne får i prosessen, sier Øyvind Lied, førstekonsulent og vernepleier ved Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU) ved Sørlandet sykehus. I 2006 lagde avdelingen en egen prosedyre for individuell plan. Bakgrunnen var at seksjonen hadde bedt om en internrevisjon fra sykehusets revisjonsteam i forhold til individuell plan.

-Vi ønsket en enkelt og tydelig saksgang for hvordan den enkelte medarbeider skulle jobbe med individuell plan fra a til å. Med prosedyren fikk vi ryddet opp i ulik praksis og holdninger hos medarbeiderne, forteller Lied.

Han sier at prosedyren har tydeliggjort nettopp det de ønsket, nemlig ansvarsforholdene rundt individuell plan.

-Før opplevde vi det som litt uklart, både med tanke på hvem som skulle avgjøre hvem som har rett til plan, og en del spørsmål knyttet til oppgavefordeling. For eksempel hvorvidt andrelinjetjenesten skal være koordinator eller ikke. Arbeidet med denne prosedyren gjorde at vi fikk klargjort dette, sier Øyvind Lied.

Og understreker:

-Prosedyrer er en ting. Den virkelige utfordringa for oss er hvordan vi greier å følge det i praksis.

Informasjon, dialog og innflytelse

Informasjon til foreldrene er et viktig innhold i prosedyren.

-Når vi får inn et barn første gang, har vi en førstegangssamtale med foreldrene. Her informerer vi om retten til individuell plan, i tråd med det vi har nedfelt i prosedyren. På den måten sikrer vi at alle nye pasienter får den samme informasjonen. Vi ber dem vurdere om dette er noe de ønsker, og så tar vi opp igjen spørsmålet på tilbakemeldingsmøtet når vi er ferdig med vår utredning, sier han. Lied mener at HABU-seksjonens evne til å gi god informasjon langt på vei styrer hvor god medvirkning brukerne får i prosessen.

-Vi må være gode til å informere og til å svare på spørsmål, slik at foreldrene skjønner hvilket verktøy dette er. Det er viktig at foreldrene er med på å bestemme hvilken prosess som skal settes i gang for å lage en plan. Vi må få fram

Illustrasjonsfoto

hva foreldrene ønsker. Utfordringen for oss fagfolk er å være aktivt lyttende og fleksible på hvordan vi lager prosessene. Foreldrene må finne igjen sine ønsker og behov, både i prosessen og i den ferdige planen. Foreldre er forskjellige. For noen er det greit å drøfte individuell plan i et større møte med mange fagfolk, andre vil foretrekke å forholde seg til en koordinator som de har tillit til, understreker han.

Fleksible

Lied påpeker at de også tar hensyn til hvor i prosessen foreldrene er. Det kan variere når de er klar til å ta stilling til en individuell plan.

-Foreldrene får livet snudd på hodet når det er snakk om at deres barn kan ha en alvorlig funksjonsnedsettelse. I den første fasen er mange inne i en vanskelig prosess, og de har mye annet å forholde seg til. Noen er nærmest i sjokk eller krise. Det må vi ta hensyn til, og da er det ikke alltid like greit å snakke om individuell plan. Da venter vi litt. Det vurderer vi i hvert tilfelle. Men vi ser ofte at det er enklere for foreldre til litt eldre barn, der diagnosen er avklart. Da er det lettere å sette i gang plan-prosessen, sier han.

Ansvarsdeling

Lied understreker at ansvaret for å informere og sette i gang arbeidet med individuell plan ligger hos de tjenesteinstansene foreldrene kommer i kontakt med.

-Å utforme en slik plan er et utfordrende samarbeidsprosjekt. Det kan være lett for de involverte instansene å skyve oppgavene over på andre. Dette gjelder ikke minst koordineringsansvaret. Lied sier at det er viktig å forankre planene lokalt.

-Hovedtyngden av oppfølgingsarbeidet vil vanligvis ligge i det kommunale hjelpeapparatet. Derfor er det naturlig at koordineringsansvaret ligger hos kommunen. I noen tilfeller er spesialisthelsetjenesten så omfattende involvert i tiltakene at det kan være naturlig at vi tar koordineringsansvaret, ser han.

Nyttig arbeidsredskap

Øyvind Lied er opptatt av at individuelle planer ikke skal lages for skrivebordsskuffa. De skal brukes aktivt for eksempel i ansvarsgruppa, og evalueres underveis.

-Foreldre og alle som har med barnet å gjøre, må føle at de eier planen. Da blir planen brukt som et reelt redskap i habiliteringsarbeidet. Hensikten med en slik plan er å skape forutsigbarhet og struktur i arbeidet rundt barnet. Barnet og familien skal få de nødvendige tjenestene på et riktig tidspunkt. Gjennom prosedyrene våre har vi bedre sikret at familiene får oppfylt rettighetene sine. Vi unngår også gjentatte interne diskusjoner rundt arbeidet vårt med individuell plan. Vi sparer tid og ressurser, og brukerne får et bedre tilbud, sier Øyvind Lied.

"TORE PÅ HJUL"

Prosessen med individuell plan for et barn må forsøke å ivareta barnets mål, ut fra barnets alder og forutsetninger. Foreldrene er viktige i prosessen, men barnet må også høres.

Tore er en gutt på 5 år som ønsker å være ute og leke med barna i nabolaget. Han kan ikke gå, bruker manuell rullestol. Det er vanskelig å forflytte seg utendørs med den manuelle stolen, og de andre barna løper fra han. Tore har vært på kurs sammen med barn som bruker rullestol og sett at det finnes flere typer rullestoler. Han ønsker seg et kjøretøy med motor. Foreldrene syns han er for liten til å få elektrisk rullestol og er redd for at han skal kjøre for langt vekk fra huset. Broren som nå er 7 år fikk sykkel da han var 5, det blir foreldrene minnet om av Tore som egentlig gjerne ville hatt sykkel. En del av Tores individuelle plan blir til slutt at hjelpemiddelsentralen skal hjelpe til med utprøving av elektrisk rullestol og at Tore skal få "kjøreopplæring" i gata." Dette vil være en god forberedelse til skolestart, kanskje kan Tore dra til skolen på egne hjul.

Samarbeidet er det viktigste

Det er prosessen som er viktigst, ikke planen i seg selv.

Det mener overlege Eva Male Davidsen ved Voksenhabiliteringen ved Akershus Universitetssykehus. Hun har lang erfaring med bruk av individuelle planer innenfor voksenhabilitering. Male Davidsen leder ei avdeling som arbeider med habilitering av pasienter med sammensatte funksjonshemminger. I mange av tilfellene dreier det seg om pasienter med for eksempel psykisk utviklingshemming og autisme. Avdelingen samarbeider ofte med kommunene om pasientenes individuelle planer.

-Vi ser på bruk av individuell plan som en nyttig metode for å komme i posisjon til å hjelpe en pasient. Men vi ser ikke på planen som et "habiliteringsmål" i seg selv. Lovverket og arbeidet med selve planen gjør oss i stand til å få det kommunale bistandsapparatet på banen, og det skaper en arena for samhandling rundt brukeren, sier Male Davidsen.

Prosessen viktigere enn planen

-Individuell plan er en lovhjemlet rettighet, som hjelper aktuelle instanser til å sette seg rundt samme bord og samarbeide. Det er en av de største fordelene for pasientene, sier hun.
Male Davidsen understreker at prosessen er viktigere enn planen i seg selv.

-Det er veien fram til planen som er det viktige, det å samle folk fra de ulike instansene og få dem til å samhandle og utveksle informasjon. Det er viktigere enn selve plandokumentet, mener hun.

Kan forebygge

Eva Male Davidsen mener at det er mulig å forebygge en del problemer dersom man tidlig i prosessen tar i bruk individuell plan og koordinerer tjenestene.

-Vi ser en del tilfeller der pasienter med uklar diagnose har klart seg lenge uten individuell plan mens de har bodd hjemme hos foreldrene og hatt tilrettelegging i grunnskolen. Når de skal ut i den vide verden, med jobb og skole, er det en del som møter store problemer. Vi kommer ofte inn i saker der 18-åringer får diagnosen psykisk utviklingshemming for første gang, og der behovet for en plan er blitt stort. Ofte er denne gruppen pasienter sårbare i forhold til psykiske problemer og rus. Her er det mulig å forebygge en god del med å starte arbeidet med individuell plan tidligere, mener hun.

Kontakt med kommunene

Mange av pasientene som kommer til avdelingen, har individuell plan fra før. Men noen har ikke det.

-I slike tifeller kan arbeidet med planen bidra til at gode prosesser starter opp.

Illustrasjonsfoto

Om det er behov for individuell plan, og om arbeidet skal initieres fra spesialisthelsetjenesten, blir vurdert individuelt, ut fra den enkeltes behov og problemstilling, sier Eva Male Davidsen.

-Da er det ofte slik at vi initierer en ansvarsgruppe. Og dersom det er ønskelig, kan vi gjerne være med i prosessen og bistå kommunen med å lage planen. Kommunen og brukeren. De må eie denne prosessen selv, det skal ikke vi gjøre, sier hun.

I mange tilfeller kommer pasientene til avdelingen med veldig sammensatt problematikk.

-Hvis utredningen da skal ha noe for seg, er det viktig at vi gir en anbefaling av hvilke tjenester som bør tilbys personen. Og det er ofte her individuell plan kommer inn, ikke som et mål i seg selv, men som en viktig metode for å få mobilisert de tilbudene pasientene trenger, sier Eva Male Davidsen.

Kontakten med kommunene kan oppleves varierende.

-Det er stor forskjell i forhold til hvordan de er organisert og hvor klare ansvarslinjer de har. Noen er flinkere enn andre. Det er også ulikt hvordan de prioriterer tilbud til utviklingshemmede, sier hun.

Brukermedvirkning

-Hvordan ivaretar dere brukermedvirkningen i prosessen?

-Alle henvisninger til oss signeres enten av pasienten eller hjelpeverge/pårørende. Vi begynner med et avklaringsmøte. Her deltar oftest pårørende og i noen tilfeller pasienten. På møtet starter innhentingen av opplysninger og spesifisering av hvilke problemområder vi skal arbeide med. Vi ser ofte behovet for å gjennomføre utredninger og konkludere i forhold til diagnose, funksjonsnivå og bistandsbehov. Det er viktig at pasienten selv og/eller pårørende/hjelpeverge får komme med sine ønsker og innspill. Også hvorvidt man ønsker en individuell plan eller ikke, sier Eva Male Davidsen.

Veien til individuell plan – samarbeid gir resultater!

For å styrke tilbudet til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har Sykehuset Telemark HF og Skien kommune gjennomført et utviklingsprosjekt med navnet "Veien til Individuell Plan" - VIP.

Prosjektet ble finansiert av Helse Sør RHF, og gikk over 3 år (2005 – 2007). Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK har ledet prosjektet.

Prosjektet er unikt i den forstand at det har gått over så lang tid og har innhentet og systematisert kunnskap når det gjelder samarbeid mellom sykehus og kommune og bruk av individuell plan. Kunnskapen som er innhentet dekker mange områder og kan brukes i det videre arbeidet med individuell plan. Dette gjelder kunnskap om blant annet: hvordan samarbeidet mellom ulike etater, nivå og sektorer kan tilrettelegges – blant annet betydningen av:

- lederforankring
- hvilke faktorer som er viktige for pasienter og pårørende når det gjelder individuell plan
- hvilke tiltak som virker fremmende på koordineringsprosessen
- sentrale elementer i et opplæringsprogram
- utfordringer i koordineringsarbeidet og hvordan de kan løses.

Den kunnskapen som er innhentet ønsker vi skal spres videre til beste for pasienter/brukere og deres pårørende. For mer informasjon se www.gruk.no.

Hovedmål for prosjektet:

Utvikle en arbeidsmodell som kan gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud.

VIP har vært bygget opp rundt følgende elementer:

- En styringsgruppe med representanter fra ledelsen i både sykehus og kommune, samt prosjektleder.
- Veiledningsgrupper: To veiledere – en fra kommunen og en fra sykehuset har ledet hver sin veiledningsgruppe. Det har til sammen vært tre grupper med ti koordinatorer fra Skien kommune og Sykehuset Telemark HF i hver gruppe.

Sluttkonferansen: Koordinatorer med en velfortjent rose.

- Felles veiledning av veilederne: Gruppeveilederne har fått veiledning av ekstern veileder.
- Fem felles erfaringskonferanser i løpet av prosjektperioden.
- Egne tilretteleggere i sykehus og kommune.
- To ledersamlinger for ledere i henholdsvis sykehus og kommune i løpet av prosjektet.

Måling av tilfredshet:

Brukere og pårørende har evaluert tilfredsheten med tilbudet på ulike områder i egne skjema. Det samme har koordinatorene gjort. Evalueringsskjemaene er samlet i et eget hefte!

Uttalelser fra brukere:

"Jeg er svært fornøyd med den oppfølgingen jeg får. Opplever at alle er hyggelige og omsorgsfulle".

"Koordinator er veldig tilgjengelig".

Uttalelser fra pårørende:

"Vi opplever tilbudet som meget bra, med faglig dyktighet og god kommunikasjon alle veier. Hjemmetjenesten møter som avtalt, men viser fleksibilitet ved behov".

Uttalelse fra koordinator:

"I starten opplevde jeg prosessen veldig frustrerende! … Brukte lang tid på å finne ut hvordan jeg skulle gripe utfordringen. Hva skulle jeg starte med, hvordan skulle jeg gå frem, hva var viktig, hvordan så en plan ut, hvordan skulle jeg fylle den ut osv. Savnet konkret innføring, litt sånn skritt for skritt. I ettertid sett at det kanskje ikke er like viktig det som står i planen. Ser at det å skape relasjon gjennom regelmessige møter har vært av stor betydning. Pasienten føler seg tatt på alvor".

Flere nyttige tips:

Sosial- og helsedirektoratets veileder og brosjyre om Individuell plan finner du på www.shdir.no klikk på Individuell plan under Dine rettigheter

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring på www.mestring.no

Helsedialog - Program for samhandling i helsetjenesten, se www.helsedialog.no

Individuell plan – Anbefalinger etter erfaringskonferansene i Helse Øst, oktober 2006, se http://www.helse-sorost.no/

Alle lover og forskrifter om sosial-og helsetjenester, inkludert forskrift om individuell plan, finnes på www.lovdata.no.